

PAULO HENRIQUE HOBOLD DALAZEN

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA VISÃO
EM UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

PAULO HENRIQUE HOBOLD DALAZEN

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA VISÃO
EM UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Co-orientador: Prof.^a Maria de Fátima Marques da Silva

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2009

DEDICATÓRIA

À minha querida e amada mãe.

Sem ela...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Cristo, que tanto nos ensinou sobre o amor.

Aos meus pais pelo apoio, carinho, paciência e por me proporcionarem a possibilidade de fazer um curso universitário.

Ao meu irmão e à minha cunhada, fontes de admiração.

À minha sobrinha Maria Cecília, vida que apenas está começando e nos enche de alegria.

Ao meu orientador, Charles Dalcanale Tesser, pela disponibilidade com que aceitou me ajudar a fazer o trabalho, atenção, estímulo, apoio e ensinamentos transmitidos.

À minha co-orientadora, Maria de Fátima Marques da Silva, que muito me ensinou nestes seis anos de convívio durante a interação comunitária e internato médico, pela amizade e por me possibilitar conhecer a medicina de família e comunidade.

À minha amiga, Renata da Silva Almeida Santos, pela paciência, apoio, carinho e boas risadas.

Às Equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental da Unidade Local de Saúde onde fiz o estudo, por tornarem possível a realização deste trabalho.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde que participaram deste estudo, contribuindo de alguma forma para minha formação.

RESUMO

Introdução: O município de Florianópolis, em Santa Catarina, vem realizando desde 2007 o Apoio Matricial em Saúde Mental nas Unidades Locais de Saúde.

Objetivo: Este estudo objetivou conhecer quais os benefícios diagnósticos e terapêuticos, a visão dos profissionais e usuários de saúde, alterações de manejo e a ligação entre a Atenção Primária e Atenção Secundária de Saúde após a implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental em uma Unidade Local de Saúde do município de Florianópolis.

Método: Realizamos a observação direta, não participativa, do processo matriciamento e 24 entrevistas semi-estruturadas, sendo 14 com profissionais de saúde e 10 com usuários de saúde. Realizou-se a divisão dos resultados da pesquisa em cinco categorias: 1) Benefícios Diagnósticos e Terapêuticos, 2) Relação Atenção Primária com Secundária, 3) Visão das Equipes, 4) Visão dos Usuários, e 5) Alteração do Manejo.

Resultados: A primeira categoria, Benefícios Diagnósticos e Terapêuticos, mostra que existem: melhor acompanhamento, realização de avaliação e projeto terapêutico por equipe multiprofissional, maior acolhimento e interação com paciente e mais economia de tempo. A segunda categoria, Relação Atenção Primária com Secundária, evidencia: agilização do fluxo, criação de interação entre Equipe de Saúde da Família e especialista, compartilhamento do acompanhamento entre Atenção Primária de Saúde e especialista e dependência da boa relação entre membros da Equipe de Saúde da Família. A terceira categoria, Visão das Equipes, aponta: uma oportunidade de maior profundidade de abordagem e visão holística, uma necessidade para compreensão e tirar dúvidas, o aprendizado e capacitação da equipe, a falta de capacitação e dificuldades iniciais, a melhora da humanização e o matriciamento como encaminhamento. A quarta categoria, Visão dos Usuários, é dividida em: visão positiva, negativa e neutra e as dificuldades dos usuários no processo. A quinta e última categoria, Alteração do Manejo, salienta: a síntese e agilização na avaliação multiprofissional, a melhora na resolutividade, que evita internação, o fim da lógica dos encaminhamentos e manutenção do vínculo, a melhora do cuidado e a economia.

Conclusões: Podemos perceber que a consulta matricial é uma oportunidade para fazer o acompanhamento e projeto terapêutico por equipe multiprofissional, além de momento de capacitação para ESF. O Apoio Matricial possibilita melhora do cuidado, humanização, acolhimento, vínculo e interação com os usuários.

ABSTRACT

Background: The city of Florianópolis, in Santa Catarina, has been integrating since 2007 the Matrix Support in Mental Health at the Local Units of Health.

Objective: This study investigated which diagnostic and therapeutic benefits, the vision of health professionals and users of health, change management and the link between Primary Health and Secondary Health Care after the deployment of Matrix Support in Mental Health in a Unit of Local Health in the city of Florianópolis.

Method: We have made the direct observation of Matrix Support process and 24 interviews with health professionals and users of health. It was made the division of research results into five categories: 1) Diagnostic and Therapeutic Benefits, 2) Relationship between Primary and Secondary Attention, 3) View of Health Team, 4) View of the Users, and 5) Change of Management.

Results: The first category, Diagnostic and Therapeutic Benefits, shows that there are: better monitoring, evaluation and therapeutic project for multidisciplinary team, greater interaction and greater patient care, and more savings in time. The second category, Relationship between Primary and Secondary Attention, evidences: streamlining the flow, shares of the monitoring between Family Health Team and specialist, creation of interaction between Family Health Team and specialist and dependence of good relationship between members of Family Health Team and. The third categories, View of Health Team, points out: an opportunity for greater depth of approach, a need for understanding and ask questions, learning and training for the team, initial difficulty and lack of capacity, the improve the humanization, and Matrix Support as routing. The fourth category, View of the Users, is divided into: positive, negative and neutral outlook and the difficulties of the users in the process. The fifth and final category, Change of Management, stresses: speeding and synthesis of multiprofessional team, improved problem solving, avoid hospitalization, end of logic of routing, improve care, and preservation of the economy.

Conclusion: We can see that the Matrix Support is an opportunity to do the monitoring and a therapeutic project for the multidisciplinary team, and currently training for the Family Health Team. The Matrix Support enables improved care, humanization, host, link and better interaction with users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
ER	Equipe de Referência
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reforma Psiquiátrica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

SÚMARIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	5
3 MÉTODO.....	6
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	9
5 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
NORMAS ADOTADAS.....	42
APÊNDICE 1	43
APÊNDICE 2	44

1. INTRODUÇÃO

Iniciado ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”¹. Trata-se também de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública¹.

Nos anos 70-80, no Brasil, o processo de RP é marcado por enormes críticas ao modelo hospitalocêntrico por parte de vários movimentos sociais como: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial². No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país². Um ano após, em 1990, é promulgada a Lei Nº 8.080 que dispõe sobre a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios e diretrizes³. Segundo esta lei qualquer pessoa tem direito: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde e capacidade de resolução dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência³. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental². É Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Nº 10.216 redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária². Também em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre a atenção em Saúde Mental, ressaltou a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade⁴. Em 2006, A Política Nacional de Atenção Básica, traz em seus princípios gerais que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial de todos os usuários com o sistema de saúde⁵.

A Atenção Básica no Brasil tem o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS⁵. Algumas características do processo de trabalho do PSF são: trabalho interdisciplinar e em equipe, abordagem integral e resolutiva, relações de vínculo entre equipe PSF e usuários, e cuidado familiar ampliado⁵. É emergente a discussão sobre a inserção da Saúde Mental no PSF, já que tem sido crescente a demanda pela atenção aos transtornos psíquicos leves, mais prevalentes, manifestos geralmente sob a forma de queixas somáticas e “nervosas”, transtornos de ansiedade, quadros depressivos, relacionados a problemas sociais e familiares, decorrentes do abuso de psicotrópicos⁶. Para além desses transtornos, são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, geradas pela ordem socioeconômica vigente⁶. A miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais⁶.

Em 1999, Campos propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde com intuito de potencializar alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal da saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional do vínculo terapêutico, da transdisciplinariedade dos saberes e das práticas e da gestão de organizações como dispositivo para a produção de grupos sujeitos⁷. Ele denominou este novo arranjo organizacional de Equipes de Referência com Apoio Especializado Matricial⁷.

Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER) são ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões⁸. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência no trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários⁸. Equipe de Referência é aquela que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário⁸. A ER contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção a saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo⁹. Apoio Matricial é um arranjo na organização dos serviços de saúde que complementa as ER. Complementa porque o serviço especializado participa junto com as equipes de referência, sempre que necessário, da confecção dos projetos terapêuticos dos pacientes que são tratados por ambas as equipes, e ajuda as Equipes de Referência a incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples⁹.

O município de Florianópolis, por meio da portaria 283/2007, estabelece os princípios e normas para a organização da Atenção Básica baseada no PSF¹⁰. Baseada nas recomendações da OMS, de tratar os transtornos mentais leves na Atenção Básica, a rede de saúde mental do município de Florianópolis, em Santa Catarina, em seu processo de reorganização a partir do PSF, vem integrando Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Mental (SM), seguindo a lógica do AM¹¹. A iniciativa visa a garantir uma atenção em Saúde Mental com enfoque comunitário, aumentando a resolutividade das ESF por meio da integração com os profissionais da SM¹¹. Essa implantação do modelo de AM aconteceu devido à constatação de uma rede de saúde fragmentada, com profissionais e serviços atuando de forma desarticulada e enormes listas de espera tanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como nos ambulatórios de psiquiatria e psicologia da Atenção Básica/Saúde da Família¹¹. Atualmente, o município de Florianópolis tem uma população estimada de 396.723 habitantes, conta com 87 ESF distribuídas em 48 Unidades Locais de Saúde (ULS) divididos em 5 Regionais de Saúde¹⁰. Hoje, todas as Regionais de Saúde atuam dentro do modelo de AM, no qual a SM passou a ocupar um lugar de apoio às ESF¹¹. Então, os psiquiatras e psicólogos atuam em um mesmo território definido, que pode compreender toda a Regional de Saúde ou algumas ESF dentro de uma mesma Regional de Saúde¹¹.

O trabalho foi realizado em uma ULS no Município de Florianópolis. A ULS possui uma área de abrangência dividida em 8 micro-áreas com uma população total de 3.806 pessoas residentes e conta com uma ESF composta por: 1 médico, 3 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde (ACS)¹². A ESM da ULS conta com 1 psiquiatra e 1 psicólogo. A ESM realiza na ULS consultas e retornos em psiquiatria e psicologia, matriciamento em Saúde Mental, grupos de acolhimento/terapêuticos de psicologia e em psiquiatria. O espaço físico da ULS é usado para atenção secundária (consultas, retornos e grupos terapêuticos) em psiquiatria para todos os usuários de 7 ULSs pertencentes à mesma Regional de Saúde por questão de logística.

A ULS onde o estudo ocorreu iniciou o processo de Apoio Matricial em Saúde Mental em 2007. O matriciamento é realizado na terceira sexta-feira de cada mês no período da tarde e participam da consulta o usuário triado pela ESF, o Médico de Saúde da Família, o psicólogo e o psiquiatra. São realizadas consultas de matriciamento, nas quais são definidas estratégias e confeccionados os projetos terapêuticos dos pacientes. Desta forma existe uma troca de informações entre as equipes e discussão sobre os pacientes tratados. A sua existência visa possibilitar o acesso mais rápido a uma avaliação inicial que possibilite condutas mais

adequadas, priorizando os casos de mais alto risco e facilitando um dialogo rápido e dinâmico entre as equipes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Investigar os benefícios do matriciamento para a condução diagnóstica e terapêutica dos usuários e como ligação da Atenção Primária com a Atenção Secundária.

3.2 Objetivos secundários

- Pesquisar quais os benefícios do Apoio Matricial em relação à rotina tradicional de Referência e Contra-Referência.
- Apreender a visão da Equipe de Saúde Mental e da Equipe de Saúde da Família da ULS sobre matriciamento.
- Apreender junto aos pacientes matriciados em Saúde Mental qual a visão deles sobre o processo de matriciamento.
- Investigar que tipo de mudança ocorre nos manejo terapêutico dos pacientes em função do Apoio Matricial.

3. MÉTODO

Este estudo foi realizado utilizando o método qualitativo, através da entrevista em profundidade e análise de conteúdo. A opção pelo método qualitativo baseou-se no fato de ser este o método que permite o indivíduo expor suas crenças, maneiras de pensar, opiniões e sentimentos sem que haja respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador¹³ e também porque se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹⁴.

O tema deste trabalho surgiu a partir da curiosidade do autor em conhecer a opinião dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS sobre o novo processo de metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar e de humanização em saúde que se chama Apoio Matricial, tal como é organizado e operacionalizado na ULS que o autor frequenta.

Foi realizado um estudo de caso com a utilização de metodologias qualitativas em uma ULS do SUS, localizada em um bairro do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, que oferece Apoio Matricial em Saúde Mental à população desde 2007. A unidade foi escolhida por ser a ULS onde o pesquisador realiza seu estágio obrigatório de medicina, ou seja, o internato médico, desde 2007 e porque conta com um serviço de AM em Saúde Mental bem estruturado há dois anos.

O trabalho de pesquisa se desenvolveu de junho até setembro de 2009, quando foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com auxílio de um roteiro e quando foi feita a observação direta, não participante, do processo de Apoio Matricial em Saúde Mental na Unidade Local de Saúde.

Para se conhecer a opinião dos usuários e profissionais de saúde sobre o AM, foram realizadas entrevistas com todos os profissionais de saúde que trabalham na ULS e com todos os usuários que participaram da consulta de AM em Saúde Mental de junho até setembro de 2009 ou usuários que já foram matriciados e participavam de algum grupo terapêutico. No total, foram aplicados 24 questionários. O método de entrevista aplicado foi o de profundidade.

A entrevista em profundidade é um recurso metodológico que busca, com bases em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer¹⁵. Esta técnica de entrevista explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiência de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada¹⁵.

Na seleção dos informantes para as entrevistas, foram levados em conta critérios como o interesse e a disponibilidade do informante para participar da pesquisa. Participaram da entrevista apenas pessoas maiores de idade e usuários fora de crises. Os sujeitos do estudo foram selecionados do universo de quatorze profissionais de saúde que trabalham na ULS e de dez usuários da mesma ULS. Então, o universo total investigado foi de vinte e quatro pessoas.

As entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e posteriormente transcritas na sua integralidade. Após a obtenção das duas primeiras entrevistas e suas respectivas transcrições, foi realizada a análise das mesmas. Após análise das duas primeiras entrevistas foi possível identificar que o questionário não precisava de alterações, pois se conseguia obter respostas aos objetivos da pesquisa. Após, também foi realizada a transcrição e análise das demais entrevistas. As respostas obtidas foram analisadas com auxílio da técnica de análise de conteúdo.

A análise do conteúdo não se limita a descrever o conteúdo das mensagens segundo procedimentos objetivos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados¹⁶. A análise de conteúdo foi realizada através das seguintes fases: categorização prévia, leitura e análise, subcategorização e interpretação dos dados. Na categorização inicial, a partir dos objetivos do trabalho e da literatura levantada estabelecemos categorias norteadoras segundo as quais foi analisado o conjunto dos dados, ou seja, as entrevistas foram escrutinadas a partir delas (benefícios diagnósticos e terapêuticos derivados do matriciamento; relação atenção Básica/Secundária; visão geral da equipe e dos usuários sobre o matriciamento; mudanças no manejo dos casos). Nas sucessivas leituras das entrevistas, as unidades de significado (palavras, frases ou trechos das entrevistas) que emergiram da análise das entrevistas foram inicialmente agrupadas em torno dessas categorias gerais. Na fase seguinte, analisamos os conteúdos agrupados em termos de seus diversos significados e conteúdos, o que gerou uma nova categorização ou subcategorização, agora de modo aberto e atento almejando captar a riqueza e diversidade da visão e das respostas dos entrevistados. Na fase final foi realizada a

interpretação de cada subcategoria, à luz dos objetivos e referenciais conceituais estudados levando em consideração o contexto sócio-institucional em que os mesmos trabalham, conhecidos em certa medida pelo pesquisador a partir de sua vivência no estágio obrigatório, da fase exploratória e da observação direta durante a pesquisa.

De acordo com os parâmetros do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto que deu origem a este estudo foi encaminhado em abril de 2009 e foi aprovado em julho de 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC). Todos os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos da mesma e dos seus direitos enquanto sujeitos participantes através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação dos entrevistados somente era confirmada após o seu entendimento da explicação dos objetivos e dos procedimentos de pesquisa e depois de obtida sua anuência através do Termo supracitado. Para proteger a identidade dos participantes, não foi colocado nenhum nome ou identificação dos mesmos, os quais foram substituídos por números. Foi colocada a letra E que significa “entrevistado” e um número que corresponde ao número da entrevista para manter assim o anonimato dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - O PROCESSO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ULS:

Através da observação direta do processo de matriciamento em Saúde Mental e da vivência na ULS através do estágio obrigatório, internato médico, podemos fazer um fluxograma, apresentado logo abaixo, esquematizando como ocorre o Apoio Matricial em Saúde Mental na ULS estudada. As flechas grossas representam um fluxo maior, as flechas finas representam os fluxos menores e as flechas com duas pontas significam dois fluxos, um que vai e outro que vem.

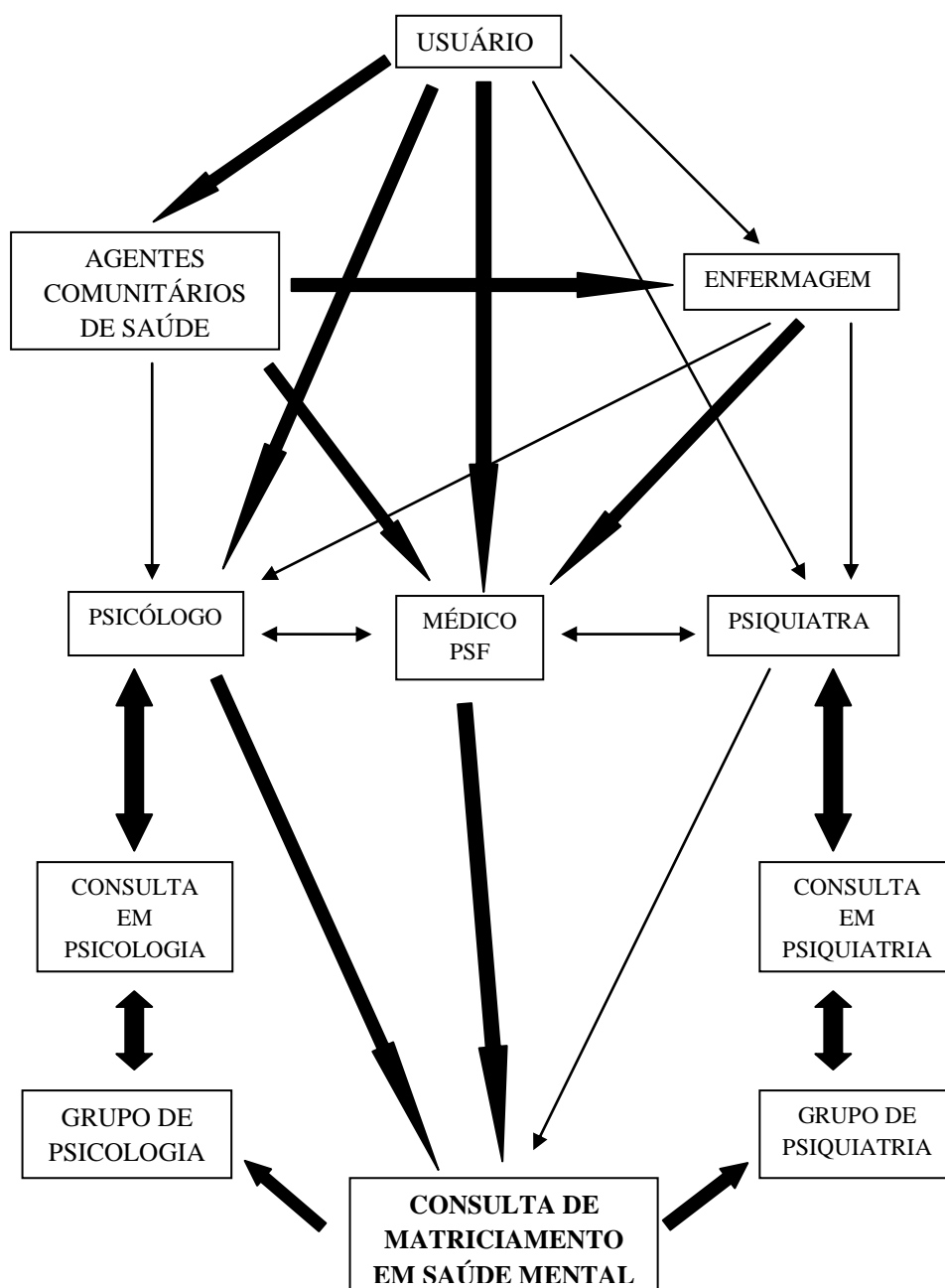
Primeiramente, o usuário vem à ULS encaminhado pelos ACS ou não para uma consulta de enfermagem ou com médico do PSF. Após este primeiro momento, feito o primeiro acolhimento do paciente, ele pode ser encaminhado para o serviço de psicologia ou psiquiatria ou mesmo ficar com o médico do PSF, o que é mais comum e preconizado.

O médico do PSF trabalha apenas com consultas. O serviço de psicologia trabalha através de consultas e grupos terapêuticos específicos, assim como o serviço de psiquiatria. O psicólogo trabalha em média 20 horas semanais com usuários da área de abrangência da ULS estudada, sendo que 4 horas são destinadas aos grupos terapêuticos e as outras 16 horas restantes são para consultas agendadas. Nestas consultas agendadas em psicologia, os pacientes têm acesso direto ao psicólogo sem passar por outros profissionais. O psiquiatra trabalha em média 8 horas semanais com usuários da área de abrangência da ULS estudada, sendo que 4 horas são direcionadas para grupos terapêuticos e às 4 horas restantes para consultas agendadas ou retornos. A agenda do psiquiatra não é de acesso direto dos pacientes, sendo sempre é necessário passar antes pela ESF para se ver se há a necessidade de uma consulta com o psiquiatra. Se a ESF julgar necessária uma consulta com psiquiatra é marcado na agenda.

Os três profissionais (psicologia, psiquiatria e médico do PSF) podem encaminhar entre si usuários quando julgarem necessário. Quando um destes três profissionais, médico do PSF, psicólogo ou psiquiatra, considera que deva ser feito uma abordagem multidisciplinar com o paciente, é marcada uma consulta de Apoio Matricial. As consultas de Apoio Matricial em Saúde Mental ocorrem sempre na terceira sexta-feira do mês em uma tarde com duração de 4 horas.

Usualmente, o fluxo maior de pacientes para consultas de matriciamento vem encaminhado pelo médico de PSF ou psicólogo, sendo menor o número de pacientes encaminhados pelo psiquiatra. Após a consulta de matriciamento, é avaliado se há a necessidade do usuário participar dos grupos terapêuticos com psiquiatra ou psicólogo. Nestes grupos, psicólogo ou psiquiatra verifica se há a necessidade de uma consulta individual. Se houver necessidade, é feita uma consulta em psiquiatria ou psicologia ou mesmo encaminhado para o médico de PSF. Após algum tempo, se um destes três profissionais considerarem que o paciente precise novamente de outra avaliação por equipe multiprofissional, é marcado um retorno para consulta em apoio matricial.

FLUXOGRAMA DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL



4.2 – RESULTADO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS:

Os resultados da pesquisa foram divididos e serão apresentados a partir dos objetivos específicos do trabalho. Assim, foram agrupados os achados referentes: (4.2.1) aos benefícios diagnósticos e terapêuticos; (4.2.2) à relação entre Atenção Básica e equipe especializada em SM (Atenção Secundária); (4.3.3) à visão dos profissionais de Saúde que trabalham na ULS investigada sobre o processo de matriciamento em SM ali vivido; (4.4.4) à visão dos usuários matriciados e por fim (4.5.5) quanto às mudanças no manejo dos problemas de Saúde Mental com advento do Apoio Matricial. Os dois primeiros e o último dos itens acima são discutidos a partir dos dados das entrevistas em conjunto (indistintamente com profissionais e usuários) e da observação direta; as visões dos profissionais e dos usuários foram analisadas a partir dos conjuntos dessas entrevistas tomadas em separado.

4.2.1 - Benefícios diagnósticos e terapêuticos:

Quase todos os entrevistados identificaram benefícios diagnósticos e terapêuticos de várias naturezas gerados a partir da realização do matriciamento em SM. Eles foram divididos em quatro tipos: a) Melhor acompanhamento, b) Realização de avaliação e projeto terapêutico por equipe multiprofissional, c) Maior acolhimento e interação com paciente, e d) Mais economia de tempo.

a) Melhor acompanhamento:

Alguns entrevistados consideraram que o Apoio Matricial proporciona um acompanhamento maior e melhor conforme podemos observar nesses relatos:

“A gente vê o lado positivo por causa do acompanhamento contínuo que os pacientes recebem.”E1

“Antes não existia um acompanhamento do paciente. Agora os pacientes são acompanhados porque é feito o matriciamento. Antes, muitas vezes, ele só retornava para renovar receita.”E8

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde traz em seu segundo princípio que é direito dos cidadãos terem atendimento com garantia de continuidade da atenção¹⁷. Ainda sobre continuidade, a Política Nacional de Atenção Básica, nos seus princípios gerais e em seus fundamentos diz que a atenção básica deve se orientar pelo princípio da continuidade e possibilitar acesso contínuo a serviços de saúde⁵. Na mesma política é assegurado que o PSF

organize a Atenção Primária dentro dos princípios gerais do SUS e dos princípios gerais da Atenção Básica⁵.

Segundo Mendes, a obediência ao princípio da continuidade da atenção é um dos principais problemas do PSF devido à vigência de sistemas fragmentados de serviços de saúde desde a Atenção Primária até a Terciária e a falta de sistemas integrados de serviços de saúde¹⁸. Ele salienta também que outro ponto importante, em relação à falta de continuidade da atenção à saúde, está na ausência de um suporte para a população em relação aos momentos em que as ESF não operam como horário noturno e finais de semana¹⁸.

b) Realização de avaliação e projeto terapêutico por equipe multiprofissional:

Um dos pontos ressaltados por alguns entrevistados é que na consulta de Apoio Matricial receberam uma consulta multidisciplinar:

“A gente vê o lado positivo por causa... da avaliação por vários profissionais que é feita e pelo tratamento que é sempre discutido pela equipe.”E1

“... numa só consulta o paciente recebe uma consulta multidisciplinar.”E4

“Os pacientes percebem que através de vários profissionais é encontrado um caminho melhor e mais correto para o seu problema.”E6

Achado similar foi encontrado por Dimenstein *et al.*¹⁹, em estudo realizado em Natal/RN sobre Apoio Matricial em Saúde Mental. Seus entrevistados também consideraram o fato da presença das equipes de Saúde Mental na ULS ser muito positiva, pois elas passam a conhecer a realidade da unidade e a formular intervenções sintonizadas com a ESF.

Entre as orientações gerais da Política Nacional de Humanização está o fortalecimento do trabalho multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade da atenção²⁰.

O Apoio Matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado multiprofissional entre Equipe de Referência e apoiadores⁸. Tais atitudes, realização de projeto terapêutico e avaliação por equipe multiprofissional, buscam produzir uma responsabilidade compartilhada pela atenção do usuário, na qual não há mais espaço para a lógica fragmentada que diz que o remédio é do médico, a escuta é do psicólogo, a ocupação do tempo por meio de alguma atividade é do terapeuta ocupacional e, as intercorrências mais graves como uma crise psicótica tem caminho certo: a internação²¹. O Apoio Matricial deve

ser pautado na transversalidade, a fim de que as discussões e o conhecimento perpassem por todos os profissionais envolvidos e, na transdisciplinariedade para que as competências técnicas específicas sejam articuladas entre si²¹.

Apesar de ser usado o termo multiprofissional ou multidisciplinar, segundo Furtado, o termo correto para o AM em Saúde Mental seria o de transdisciplinaridade, pois representa o grau mais avançado de relação entre as disciplinas²². Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum²². Não haveria simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente²².

A avaliação e projeto terapêutico multidisciplinar para um único paciente nos fazem lembrar a idéia de Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio usuário²³. O PTS é também um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário²⁴. O PTS contém quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação²⁴. O PTS sempre pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo²³. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, com cronograma para realização e data para avaliação e reavaliação do processo²³.

c) Maior acolhimento e interação com paciente:

Houve uma percepção de que no matriciamento ocorre um acolhimento e interação maiores entre usuários e profissionais de saúde por existir uma equipe multiprofissional fazendo a escuta:

“Os pacientes se sentem mais acolhidos quando vários escutam o seu sofrimento.”E3

“No matriciamento, o paciente se sente muito mais acolhido por ter vários profissionais atuando e percebe um resultado muito mais eficaz”E4

“Existe também uma situação: a partir do momento em que o paciente é matriciado e tendo um acompanhamento, ele se sente muito mais acolhido e confiante no sentido que existe uma equipe multidisciplinar interessada em ajudá-lo. Assim, os resultados são bem mais positivos.”E4

“Agora, parece que ficou mais humanizado porque a pessoa é acolhida, principalmente na saúde mental, na qual muita gente tem uma carência. Uma conversa já ajuda muito a pessoa e ela sai curada.”E12

“É bom porque é uma grande possibilidade de conhecer melhor o paciente e a própria equipe de saúde. O nosso contato maior é com os marcadores de saúde, mas o matriciamento permitiu que nós tivéssemos mais contato com os pacientes de saúde mental.”E13

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão²⁵. Por conta disso o acolhimento é uma das diretrizes de maior importância da Política Nacional de Humanização do SUS²⁵. Colocar em ação o acolhimento requer uma nova atitude de mudança no fazer saúde e implica em: valorização e a abertura para o encontro entre profissional de saúde e usuário, possibilidade de intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário, elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, e uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades dos usuários²⁵.

É considerada atenção integral aquela que procura dar respostas ao sofrimento do usuário que procura o serviço de saúde e o cuidado para que o sofrimento não seja reduzido a um sistema ou aparelho dos diversos que temos no nosso corpo²⁶. É também considerada prática integral o encontro, a conversa, a atitude dos profissionais com os usuários⁴⁸. Portanto podemos considerar o acolhimento e o vínculo como práticas indispensáveis de integralidade²⁶.

O acolhimento constitui um importante e potente instrumento para reorganização da atenção à saúde no PSF²⁷. Isto porque o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios²⁷:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acesso universal;

- reorganizar o processo de trabalho, de forma que desloque o eixo centrado no médico para centrar em uma equipe multiprofissional;
- qualificar a relação trabalhadores-usuários, que deve se pautar em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

As habilidades necessárias pelo acolhedor são²⁸: atender, responder, personalizar e orientar. Cada um destes deve ser entendido da seguinte maneira: atender é comunicar de maneiras não verbais, disponibilidade e interesse pelo acolhido; responder é comunicar compreensão pelo acolhido; personalizar é mostrar ao acolhido sua parcela de responsabilidade no seu problema; e, orientar é avaliar com o ajudado, as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas²⁸.

Campos sugeriu a adoção de um sistema de referência entre profissionais de saúde e usuário que foi chamado de Equipes de Referência⁷. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio das ER composta de profissionais de diferentes áreas que estimulariam maior vínculo e interação entre profissionais e usuários⁷. A instituição de novos gradientes de vínculo cria mecanismos de aproximação e comprometimento entre ER e usuários⁷. A própria estruturação da ESF como definida pela regulamentação atual a torna uma equipe de referência por excelência, em tese apta a realizar acompanhamento longitudinal (a *longitudinalidade*) e construir vínculos terapêuticos profundos entre equipe, usuários e comunidade⁵. Porém, a existência da ER institucional e administrativamente definida não garante a sua integração e a qualidade dos vínculos com os usuários, essenciais no trabalho em saúde em geral, mas particularmente importantes e cruciais na área da saúde mental.

No Apoio Matricial, com intuito de não perder o vínculo e acolhimento contínuo das equipes de referência, os apoiadores matriciais desenvolvem uma série de atendimentos ou intervenções especializados, mantendo contato com as ER⁸. Na unidade de saúde investigada, esses achados sugerem que a existência do matriciamento contribuiu para a efetivação de um melhor acolhimento, comprometimento e vínculo da equipe com os usuários.

d) Mais economia de tempo:

O Apoio Matricial também foi citado como um meio de economia de tempo:

“O matriciamento é um instrumental bastante econômico em termos de tempo porque numa só consulta o paciente recebe uma consulta multidisciplinar.”E4

Deve-se ter em mente que um dos grandes problemas da especialização das práticas, da fragmentação do conhecimento e da burocratização dos serviços públicos de saúde ao molde de repartições públicas, tão comuns e arraigadas na cultura dos serviços públicos de saúde brasileiros, e certamente um fator de desumanização do cuidado, é o fato de que os usuários precisam realizar uma verdadeira via sacra de peregrinação por especialistas, exames e profissionais, numa sequência desgastante e por vezes muito longa e demorada de consultas, interconsultas, exames e retornos, para a realização de avaliações diagnósticas e terapêuticas²⁹. Isso no setor privado do cuidado à saúde é uma fonte perversa e interminável de lucro, e certamente também aí contribui para a inviabilização freqüente da integralidade do cuidado²⁹.

Balint, na década de 1960 na Inglaterra, após pouco mais de uma década de funcionamento do sistema nacional de Saúde inglês, ao analisar e apoiar por muitos anos vários médicos de Atenção Primária daquele país com objetivos de estudar e contribuir para modos de melhor relação médico-paciente, concluiu que havia freqüentemente o que chamou de “conluio do anonimato”^{30,31}. Um fenômeno que ocorria em pacientes que tinham problemas múltiplos e ou complexos os quais os impeliam a transitar por e receber diagnóstico e tratamento de vários especialistas médicos e não médicos, o que gerava uma situação em que cada um cuidava de uma parte do paciente relativa à sua especialidade e ninguém cuidava do paciente, uma vez que o *general practitioner* “encaminhava” os pacientes para consultas com os especialistas nos hospitais, os quais em geral pouco tinham contato com o contexto do paciente e com a Atenção Primária^{30, 31}.

Esse tipo de problema ocorreu intensamente no Brasil, em que tradicionalmente as especialidades estão distantes da Atenção Básica, isso na melhor das hipóteses, uma vez que em muitos locais e situações a demora e o acesso aos recursos de diagnose e terapêutica especializadas não estão acessíveis, havendo filas de meses e anos em muitos casos.

Nesse sentido, a economia de tempo e a acessibilidade gerada pelo matriciamento para avaliação multiprofissional mais ágil citada por esse entrevistado devem ser saudadas como uma contribuição importantíssima em termos de construção de modelos de cuidado integral acessível e multiprofissional. O que introduz exatamente o tópico que segue.

4.2.2 - Relação Atenção Primária e Secundária:

Justamente pela potencialidade de inovação na relação da chamada Atenção Primária ou Básica com o cuidado especializado (ou com os profissionais e suas tecnologias e saberes ausentes da primeira), um dos objetivos específicos do estudo foi averiguar esta relação, que se revelou presente quanto a 4 aspectos principais: a) Agilização do fluxo, b) Criação de interação entre Equipe de Saúde da Família (ESF) e especialistas, c) Compartilhamento do acompanhamento entre Atenção Primária de Saúde (APS) e especialista, d) Dependência do matriciamento da boa relação entre membros das equipes.

a) Agilização do fluxo:

Vários entrevistados ressaltaram a agilização do fluxo através do processo de trabalho do Apoio Matricial, conforme podemos ver:

“Eles vêm, muitas vezes, encaminhados pelos agentes de saúde ou pela equipe de enfermagem que identifica o problema do paciente através de uma visita ou acolhimento. Daí, passamos para os grupos terapêuticos e consulta com médico de família para depois ser matriciado pela equipe. Então, no final ele recebe vários olhares de diversos profissionais que farão um estudo do caso do paciente.”E1

“O médico de PSF consegue agilizar mais rapidamente os problemas porque seleciona o que não consegue resolver sozinho pedindo ajuda do especialista.”E7

Tesser e Teixeira, em trabalho sobre SM na Atenção Básica em uma unidade sem PSF, relatam que os pacientes de SM não enfrentavam mais o fluxo burocrático por não ter um agendamento a partir do momento que foi implantado uma “(mini)equipe de referência em SM em uma ULS de São José dos Campos/SP³², dentro de um projeto com razoável similaridade com as propostas atuais de matriciamento.

b) Criação de interação entre Equipe de Saúde da Família (ESF) e especialista:

A interação entre ESF e especialista é citada como uma consequência do processo de trabalho do Apoio Matricial:

“O matriciamento é bom e importante porque acontece uma interação entre a Equipe de Saúde da Família e a Equipe de Saúde Mental.”E2

O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS considera que, entre os vários desafios para uma produção de saúde humanizada, há a necessidade de superar a

fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais e melhorar a interação nas equipes de saúde²⁰.

Segundo Bezerra e Dimenstein³³, em estudo sobre Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, seus entrevistados consideraram como positiva a aproximação entre Atenção Básica e especialista promovida pelo Apoio Matricial porque propicia um espaço para troca de saberes e experiências no campo da saúde mental.

c) Compartilhamento do acompanhamento entre Atenção Primária de Saúde (APS) e especialista:

Outro aspecto citado pelos entrevistados foi o fato que após o início do Apoio Matricial houve um compartilhamento do acompanhamento entre APS e especialista, seguindo a diretriz da co-responsabilização e acabando com a lógica clássica da referência e da contra-referência:

“Faltava um retorno por parte da Equipe de Saúde Mental. A gente, muitas vezes, fazia o acolhimento, mas ficava sem saber como está o tratamento do paciente e como ele evoluiu. Agora é diferente.”E1

“O matriciamento é uma forma inovada de conduzir o atendimento na Atenção Secundária. Favorece um vínculo maior. Não existe mais a Contra-Referência, na qual a gente mandava o paciente para a Atenção Secundária, ele não voltava e não tínhamos um retorno. Agora o paciente permanece com a gente e é matriciado, fazendo assim um atendimento conjunto nível primário e secundário aqui mesmo na unidade.”E5

Estes três aspectos acima corroboram a potencialidade inovadora já antecipada brevemente acima: uma das contribuições muito relevantes das propostas atuais de matriciamento (e do que é efetivamente operado na ULS investigada) é que elas carregam no seu interior uma operacionalidade promissora, uma forma de viabilizar e concretizar no dia-a-dia do cuidado e dos arranjos organizacionais do SUS algo dos princípios e projetos fundamentais desse Sistema, como o desafio da integralidade e da universalidade, umbilicalmente ligados a ampliação da clínica, da interdisciplinaridade e da continuidade de cuidado personalizado (longitudinalidade), todos propostos para girarem em torno da atenção básica como *locus* principal do cuidado a centralizar as ações e coordenar o cuidado, mas que necessitam, inevitavelmente, do apoio próximo da atenção especializada médica e não médica, tanto para enriquecer a resolubilidade da ESF quanto para filtrar (prover acesso) com

agilidade e equidade os usuários que realmente necessitam de atenção especializada, sem com isso deixar de conduzir e coordenar o cuidado desses últimos.

A figura da pirâmide é a que melhor representa o modelo tecno-assistencial de implantação plena do SUS. A base da pirâmide é a Atenção Primária e a porta de entrada para o SUS, na qual o usuário usualmente deveria entrar para conseguir chegar aos demais níveis de atenção³⁴. O meio da pirâmide é a Atenção Secundária, representada por serviços de média complexidade e o ápice é a Atenção Terciária, representado por serviços de alta complexidade. O objetivo da pirâmide é representar a racionalidade do atendimento, de forma que deveria haver um fluxo ordenado da base para o ápice e do ápice para a base através dos mecanismos de Referência e Contra-Referência³⁴. Porém, o que podemos notar na prática é a dificuldade de visualizar o projeto piramidal. Eis alguns fatos que demonstram esta afirmação: a Atenção Básica não tem conseguido ser a principal porta de entrada para o SUS, sendo que os hospitais e suas emergências continuam sendo a principal porta de entrada, e o acesso aos serviços especializados de Atenção Secundária continua bastante difícil³⁴.

Sabe-se que as formas burocratizadas de encaminhamento formal a serviços de atenção especializada centralizadas em ambulatórios especializados ou políclínicas ou hospitais, como tradicionalmente foi concebido nas propostas de hierarquização de sistemas nacionais de saúde (o chamado nível secundário ou Atenção Secundária), aos quais os usuários são encaminhados via formulários escritos de forma anônima, impessoal e burocrática, no Brasil quase nunca ou dificilmente funcionaram a contento, havendo de regra pouquíssima interação entre esses níveis e respectivos profissionais, sem a possibilidade de haver alguma coordenação de cuidado. No geral, tal coordenação nesse ambiente burocratizado, quando existe alguma, restringe-se a uma luta contra as filas, prazos para os especialistas e exames complementares de média complexidade não demorarem demais.

Uma das novidades do matriciamento, assim, é que ele implica em uma interação face-a-face entre cuidadores, acabando com a lógica de Referência e Contra-Referência, e dos cuidadores com os usuários, e mesmo entre cuidadores da mesma equipe, que passam a poder ver a necessidade e viabilidade de construções compartilhadas de projetos terapêuticos a serem executados e coordenados pela ESF.

Os informantes desta pesquisa confirmaram com suas respostas algo da concretização destas potencialidades, mostrando que nesta proposta (o matriciamento de ER) está uma das férteis alternativas e instrumentos para a construção da integralidade, da interdisciplinaridade

e da coordenação do cuidado, viabilizando o estabelecimento de redes de cuidado coordenadas pela Atenção Básica que envolvam os vários serviços e profissionais do SUS.

Gomes³⁵relata nos resultados de seu estudo sobre Apoio Matricial em Saúde Mental que o Apoio Matricial facilita a vinculação do usuário nos serviços da rede, sem que haja diluição de responsabilidades por parte dos profissionais de saúde, pois os casos de cada usuário acabam sendo compartilhados entre ESF e especialistas, a fim de que se saiba qual está sendo o andamento dos mesmos.

D) Dependência da boa relação entre membros das equipes:

A boa relação entre os membros da ESF entre si e entre os membros desta equipe com a ESM foi considerada relevante para ocorrer o Apoio Matricial em Saúde Mental:

“A principal é a sintonia que deve haver entre os membros da unidade. Se houver esta sintonia e entendimento mútuo haverá um matriciamento com mais facilidade. Principalmente para a Saúde Mental que depende de aspectos subjetivos do paciente. Então, se tiver este trabalho sintonizado, poderemos entender melhor as subjetividades e singularidades de cada paciente.”E3

A construção de clima organizacional de solidariedade, cumplicidade e espírito de equipe entre os profissionais é condição *sine qua non* para que este tipo de proposta se efetive em toda a sua complexidade e potencialidade. Por outro lado, pode-se considerar que o matriciamento pode ser também um analisador poderoso para se apontar e trabalhar sobre a necessidade construção deste clima de equipe e boa relação entre os profissionais, uma vez que isso aparece claramente nos momentos de discussão, decisão, execução e reavaliação dos pacientes matriciados mais complexos que exigem projetos terapêuticos mais elaborados e compartilhados, com múltiplas intervenções de várias naturezas. A existência de gestão democratizada, colegiados de gestão nos serviços e reuniões periódicas (semanais) de ESF, conforme propõe Campos^{7,8}, certamente auxiliam nesta construção.

4.2.3 - Visão das Equipes de Saúde sobre o Matriciamento:

A visão dos profissionais da unidade sobre o matriciamento o considerou em linhas gerais uma experiência positiva e promissora, embora em parte difícil e para alguns incompleta, e pode ser apresentada em sete aspectos, sintetizados nos seguintes termos: a) Visão holística e maior profundidade de abordagem, b) É uma necessidade para compreensão

e para tirar dúvidas, c) Aprendizado para equipe e capacitação, d) Falta de capacitação e dificuldade inicial, e) Melhora humanização e diminui recorrência e, f) Matriciamento como encaminhamento.

a) Visão holística e maior profundidade de abordagem:

Aqui há a consideração do Apoio Matricial como um meio de ver o paciente como um todo, não fragmentado, e uma forma de aprofundar a abordagem com o usuário:

“O matriciamento é importante porque a equipe estuda a fundo o caso de cada paciente e vê o paciente como um todo.”E1

“às vezes o que o médico não vê no consultório e na sua prática clínica, nós no nosso olhar atencioso podemos dar dados fundamentais para que o médico de família ou psiquiatra veja o paciente de uma forma mais abrangente e desse modo enriquece muito para nossa aprendizagem como profissional de saúde.”E4

Em estudo realizado em 2008³⁶, no município de Campinas/SP, se constatou que com o Apoio Matricial houve uma maior profundidade de abordagem por parte da ESF. A ESF procurou entender com mais precisão como determinados núcleos familiares se estruturam e em que condições vivem.

b) É uma necessidade para compreensão e para tirar dúvidas:

Um dos pontos levantados pelos entrevistados das Equipes de Saúde foi o fato de o matriciamento ser um local para usuários e profissionais tirarem dúvidas e compreenderem alguns quadros de saúde mental:

“O matriciamento em Saúde Mental é uma necessidade da Atenção Primária em vários sentidos. Uma delas é ampliar a compreensão e tirar as dúvidas de determinados quadros ou transtornos mentais.”E3

Segundo Figueiredo e Campos, o atendimento conjunto da Equipe de Referência com o apoiador matricial pode proporcionar um encontro desmistificador do sofrimento psíquico e da doença mental, ajudando a diminuir o preconceito e a segregação da loucura⁶.

c) Aprendizado para equipe e capacitação:

Os profissionais entrevistados consideraram o Apoio Matricial um momento para aprendizado e capacitação dos profissionais e acima de tudo um local para ampliação da clínica:

“Todos aprendem um pouco sobre o diagnóstico da psicopatologia e também aprendem a entrevistar o paciente e não ficar focado apenas no sofrimento do paciente.”E3

“O matriciamento amplia a capacidade de diagnóstico, de como encaminhar e de crítica. Todos da equipe ampliam sua capacidade de escuta.”E3

“Acredito que os profissionais aprendem a fazer um acolhimento melhor e ampliar o seu acolhimento para o paciente com sofrimento psíquico.”E3

“Existe uma aprendizagem para todos os profissionais de saúde porque às vezes o que o médico não vê no consultório e na sua prática clínica, nós no nosso olhar atencioso podemos dar dados fundamentais para que o médico de família ou psiquiatra veja o paciente de uma forma mais abrangente e desse modo enriquece muito para nossa aprendizagem como profissional de saúde.”E4

“É importante porque nós podemos discutir e rever os nossos procedimentos e a nossa terapêutica com o especialista e ao mesmo tempo aprender um pouco sobre a área de Saúde Mental.”E6

“O especialista fornece o seu conhecimento como ferramenta para haver mais segurança na atenção.”E7

“Uma das mudanças que senti foi que as pessoas ficaram mais seguras na abordagem.”E14

A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença³⁷.

Parece claro, por esses depoimentos e os anteriores, que o matriciamento permitiu, iniciou ou amplificou (não sabemos qualificar com precisão isso, que não foi objetivo deste

estudo) processos de elaboração de projetos terapêuticos e multiprofissionais na unidade, de ampliação da clínica e da escuta, favorecendo melhores vínculos.

Além disso, segundo Saraiva e Cremonese¹⁰, no município de Florianópolis, o modelo de AM acaba se tornando uma estratégia de educação permanente, por meio de espaços de discussão, da troca de saberes, do atendimento em conjunto, do estudo de casos e temas e das reuniões frequentes entre profissionais da ESF e das equipes regionais de Saúde Mental.

Também segundo Gelasso³⁸, em estudo realizado em Campinas/SP, os profissionais responsáveis pelo acolhimento relataram estar mais seguros e aptos a fazerem a abordagem inicial de pacientes com demandas de SM e houve um fortalecimento dos vínculos entre ESF e usuários após implantação do Apoio Matricial.

Em outro estudo, Figueiredo e Campos³⁹ demonstram que os seus entrevistados consideram que o Apoio Matricial proporciona uma capacitação in loco, que se daria através de atendimentos conjuntos entre o profissional de Saúde mental e o profissional de referencia. Com isso o profissional de referencia pode aprender na prática como avaliar e intervir na saúde mental³⁹.

d) Falta de capacitação e dificuldade inicial:

A falta de capacitação da ESF e as dificuldades iniciais ao enfrentar um novo processo de trabalho foram salientadas nas entrevistas dadas pelas Equipes:

“Acredito que falta capacitação para a equipe. Poucos de nós efetivamente têm condições de participar da consulta de matriciamento.”E1

“Dificuldade sempre tem no começo de um novo processo, até entender e saber identificar o paciente leva um tempo.”E2

Segundo Dimenstein *et al*¹⁹, em estudo realizado em Natal/RN sobre Apoio Matricial em Saúde Mental, a ESF citou que a maior dificuldade para a implementação do Apoio Matricial foi a falta de conhecimentos específicos em saúde mental por parte desses profissionais, cuja formação é generalista.

Em outro estudo, Büchele *et al*⁴⁰ mostra em seus resultados que os entrevistados consideraram a falta de capacitação na área de saúde mental como um desafio para integrar as ações desta área na Atenção Básica.

Já, Galvão *et al*⁴¹ analisa que a maior dificuldade apontada pelos seus entrevistados da ESF girou em torno da falta de conhecimentos específicos em saúde mental por parte destes profissionais, embora isso não tenha se colocado como um entrave definitivo no processo de Apoio Matricial.

É curioso que os profissionais investigados e de outros locais relatem dificuldades relacionadas à falta de capacitação, uma vez que é intrínseco à proposta o fato de o próprio matriciamento consistir em um tipo de capacitação em serviço, mas subordinado às necessidades dos usuários em seu contexto e dos serviços e sua gestão. Talvez a pouca difusão deste tipo relativamente novo de educação em serviço, chamada de Educação Permanente^{42, 43,44}, que difere grandemente dos processos mais conhecidos e tradicionais de Educação Continuada, seja em parte responsável por esse tipo de percepção de que “falta capacitação” para o matriciamento. Segundo Peduzzi, a Educação Permanente é fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores⁴². Neste contexto, a educação dos profissionais ainda volta-se à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orienta-se para a transformação das práticas de cuidado⁴². Essas características diferenciam-na da Educação Continuada, pautada na concepção de educação como transmissão de conhecimento e na valorização da ciência como fonte do conhecimento, pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área⁴².

e) Melhora humanização e diminui recorrência:

O Apoio Matricial como forma de melhorar a humanização foram alegados pelas Equipes:

“O mudou é que agora todos da equipe agora têm consciência que um desequilíbrio emocional pode ocorrer em qualquer um e isso deve ser encarado como uma doença como outra qualquer. Agora tem mais humanização e sensibilidade no tratamento do paciente.”E8

A Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, em seu Artigo 2º diz que é direito da pessoa com transtorno mental ser

tratado com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde⁴⁵. O cuidado humanizado depende de características de personalidade, experiências de vida e de influências de modelos internalizados, a partir de pessoas, professores, filmes, livros e entre outros⁴⁶. Mas apenas o cuidado humanizado não basta para se desenvolver uma abordagem centrada na pessoa⁴⁶. O modelo de abordagem centrado na pessoa deve levar em consideração: aspectos pessoais, culturais, o tipo de problema ou situação que levou a pessoa a procurar auxílio, a experiência da pessoa em estar doente e a pessoa como um todo⁴⁶. Por parte do profissional, nesta abordagem, são necessários: ser realista, intensificar relação médico-usuário e incorporar prevenção e promoção da saúde na prática diária⁴⁶.

Além disso, a área específica de SM tem longa trajetória ao longo do século XX no mundo e no Brasil de desenvolvimento de crítica à clínica restrita às doenças, vinculada ao saber psiquiátrico e ao modelo manicomial, e principalmente de experimentação exitosa de formas alternativas e substitutivas de atenção aos problemas de SM, de cunho interdisciplinar e não medicalizante, sintetizadas no que se convencionou o modelo ou referencial (ou paradigma) da atenção psicossocial, ou mais sucintamente, modo psicossocial, inspirador e síntese do movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil⁴⁷.

O modo psicossocial diferencia-se profundamente do modo biomédico ou psiquiátrico-manicomial no cuidado: a) na concepção de seu objeto de trabalho e de seus meios de trabalho; b) na forma organizativa de suas práticas e na distribuição de poderes entre elas; c) na formas de relacionamento com a clientela e, por fim, d) nas formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designam os fins políticos e socioculturais amplos para que concorram os efeitos de sua prática⁴⁷.

Quanto às concepções do objeto e meio de trabalho, o modo biomédico se caracteriza por: ênfase ao medicamentoso, pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito e sua subjetividade, ver o indivíduo como um doente, isolamento do indivíduo do meio social e familiar, uso do prontuário como meio de interação entre diversos profissionais e o hospital psiquiátrico como sua instituição principal⁴⁷. Já o modelo psicossocial, considera os fatores biopsicossociais e políticos nos quais o sujeito está inserido, dá ênfase e procura tratamento para o sujeito e sua família por meio de psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um dispositivo amplo de reintegração sociocultural, não tenta remover a loucura e o sofrimento psíquico por considerá-los parte integrante do sujeito, dá acentuada ênfase a reinserção social do indivíduo, seu meio de trabalho são as equipes interprofissionais e seus dispositivos

institucionais são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospital-dia, ambulatórios de SM e ULSs⁴⁷.

A forma da organização institucional no modelo biomédico é centralizada em organogramas tipicamente piramidais ou verticais, nos quais poucos determinam e a maioria obedece, com grandes estratificações de poder, grandes disputas corporativistas e nenhuma participação do usuário ou da população⁴⁷. Ao contrário, o modo psicossocial é regido pela descentralização do poder com horizontalização dos macropoderes e participação popular da co-gestão dos sistemas de saúde e das unidades institucionais⁴⁷.

Com relação à forma de relacionamento com a clientela, no modelo biomédico, a instituição é o lócus depositário, onde são enviados os problemáticos, não há nenhum diálogo com o usuário que é fixado ao mutismo e à imobilidade e a relação pode ser caracterizada como uma relação entre sãos e loucos⁴⁷. No modo psicossocial, as formas de relacionamento com a clientela adquirem o caráter de espaços de interlocução, nas quais ocorre diálogo com a clientela, através das instituições que devem funcionar como ponto de fala e de escuta dos usuários e população⁴⁷.

A concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos do modelo biomédico é concentrada principalmente e em grande parte na remoção e tamponamento dos sintomas. No modelo psicossocial, a supressão dos sintomas não é visada diretamente e não é a meta a ser atingida. O que se visa diretamente é o sujeito levando em conta sua dimensão subjetiva e sociocultural⁴⁷.

f) Matriciamento como encaminhamento:

Um dos pontos levantados por alguns profissionais entrevistados, em contraposição a avaliações mais positivas já mencionadas, foi que após a primeira consulta de matriciamento não existe mais continuidade de acompanhamento especializado:

“O maior problema é que não existe continuidade dos matriciamentos. O paciente vem, é matriciado e depois os pacientes reclamam para nós que não são mais acompanhados pela equipe.”E13

Esse depoimento faz uma avaliação crítica mencionando que não há bom acompanhamento multiprofissional após o matriciamento na unidade investigada, mas a

avaliação da qualidade do matriciamento e da longitudinalidade do cuidado de que ele faz parte está além do escopo desta pesquisa.

Devemos ressaltar que certamente problemas dessa natureza existiam antes do seu início (como os próprios entrevistados deixaram entrever), e que o matriciamento não é uma panacéia que resolve todos eles; nem, por outro, é uma experiência relativamente nova que não suscite novos problemas e demandas, faça emergir antigas ou novas questões, demandas e avaliações. A própria natureza do cuidado em SM é de grande complexidade e de difícil execução, reconhecida em vários estudos recentes na Atenção Básica.

Por exemplo, Gomes³⁵, em estudo sobre Apoio Matricial em Saúde Mental, relata em seus resultados que a sensação de impotência diante de alguns casos de SM dispara uma ansiedade enorme na Equipe de Referência, buscando a rápida resolução do caso através da lógica do encaminhamento. A proposta do matriciamento de ao mesmo tempo prover cuidado especializado próximo em rede mantendo o vínculo com a equipe de saúde da família, capacitar a Atenção Básica e aumentar a resolubilidade implica em aumentar o grau de dificuldade e complexidade do trabalho na Atenção Primária, já altamente complexo por si mesmo.

4.2.4 - Visão dos usuários sobre o Matriciamento:

Com relação à visão dos usuários sobre o processo, vários usuários matriciados consideraram positivamente o Apoio Matricial e inclusive de modo enfático, enquanto alguns outros de forma diversa. Podemos dividir a visão dos mesmos em 4 subcategorias: a) Visão positiva, b) Visão neutra, c) Visão negativa e d) Dificuldades.

a) Visão positiva:

“Eu acho ótimo, uma maravilha. Isso me ajudou muito quando eu estava em crise porque parece que você faz uma psicoterapia com vários profissionais.”E15

“Senti também mais carinho e confiança.”E17

“a partir do momento que eu comecei o matriciamento tudo mudou. Eu não via um resultado muito bom antes. Era sempre somente tratada com medicação e agora me é ensinado o porquê dos meus sintomas e me ajuda a me descobrir.”E20

“Eu acho ótimo porque é através desta consulta que os profissionais tomam conhecimento dos problemas dos pacientes para depois saber com esta experiência o que fazer com o paciente. Eu acho ótimo ter vários profissionais porque cada um entende um pouco de cada área um pouco melhor que o outro e isso ajuda muito o paciente”E17

“Estou contente porque tem a visão de vários profissionais diferentes. De repente um percebeu ou lembra alguma coisa que o outro não percebeu. É bom porque um auxilia o outro.”E17

“Gostei muito pelo fato de passar por uma junta de profissionais e sendo bom pra mim achei bem legal. Acredito que na junta os profissionais conseguem se complementar. Eles interagem em prol de meu benefício.”E18

“Pra mim é bem importante porque a clinica geral entende medicina de uma forma geral e o psiquiatra entende mais desta área e consegue tirar bastantes dúvidas dos pacientes.”E19

“A consulta foi bem proveitosa porque cada profissional sabia um pouco de mim. Depois eles se reúnem e discutem entre eles e me dão um tratamento.”E21

“Já estou cansada de ir a vários médicos separadamente e nenhum deles resolver nada.”E14

“Particularmente eu me senti protegida e houve um acolhimento maior. Parece que eles estão realmente preocupados com o paciente e isso nos dá uma segurança muito grande. Houve um aconchego maior. Muda o trabalho deles porque não é simplesmente dar uma receita, eles se importam conosco.”E24

b) Visão neutra:

“Para mim é igual. Sempre me dei bem com a consulta com um médico só.”E23

c) Visão negativa:

“O importante da consulta não é o atendimento, o importante mesmo é ficar curado. Pra mim não importa se tem só um ou vinte médicos, como eu falei o importante é ficar curado. Essa conversinha não adianta de nada. Conversar não trata ninguém.”E22

d) Dificuldades:

“A consulta individual pra mim também é necessária porque tem coisas que a gente tem vergonha, mas o tratamento matricial é mais gratificante.”E15

“No começo da consulta eu me senti um pouco ansiosa por ter vários profissionais, mas isso foi diminuindo no decorrer da consulta porque eu já conhecia o clínico geral e o psicólogo.”E16

“Se abrir no começo da consulta, de repente pode ser difícil, dependendo do tipo de pessoa pode se sentir acuado.”E18

“O difícil é o fato de ter que me abrir com várias pessoas porque ainda existe um tabu é difícil nesta consulta. A pessoa que procura um psiquiatra é considerada um louco e uma pessoa bem perigosa. Então, você ter que admitir que tenha um problema mental na frente de várias pessoas é bem difícil.”E19

Novamente são ressaltados, pela visão positiva, os atributos associados ao matriciamento que são os atributos precipuamente desejados e necessários para a atenção primária a saúde em geral: vínculo e acolhimento, resolubilidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, educação em saúde e ampliação da clínica, etc. Isso induz a pensar que as experiências de matriciamento podem ter um potencial de ativação de boas práticas na atenção primária, sendo que na SM a ampliação da clínica, o vínculo e o acolhimento são particularmente importantes para a crucial mudança do referencial biomédico para o modo psico-social, que pressupõe este tipo de movimento crítico e ao mesmo tempo afetivo e de atributos desejáveis do cuidado, para que se possa colocar a doença entre parênteses e tomar a vida dos usuários como um todo em seu contexto familiar, cultural e social como objeto de trabalho, sem medicalizar ou medicalizando o mínimo possível o sofrimento^{48, 49}.

Além da visão positiva, a visão neutra e negativa trazem pontos de vista distintos de outros usuários que valorizaram menos ou de forma negativa a experiência. A visão negativa, particularmente, traz uma perspectiva que não vê efetividade terapêutica na conversa e, embora a avaliação tenha sido lacônica na entrevista não permitindo maiores considerações, talvez denote um imaginário comum medicalizado sobre a saúde mental e seu tratamento, em que a efetividade é projetada no medicamento, no caso, o psicotrópico. Tais dificuldades certamente são comuns e relacionam-se a situações de dependência e de pressão por medicalização e prescrição de psicotrópicos, em movimento que esvazia e afasta a vida e as relações, seus conflitos, dificuldades, simbolismos e mistérios do centro da questão (e do centro do tratamento), movimento este largamente induzido e facilitado pela prescrição fácil de drogas, antidepressivos e ansiolíticos, típica da abordagem biomédica.

Por fim, como era de se esperar, para alguns entrevistados usuários existe uma dificuldade inicial na consulta de apoio matricial para se expor e se abrir, ou mesmo vergonha, por se tratar de uma equipe multiprofissional e ação de cuidado que acaba expondo muitas vezes a intimidade dos pacientes aos profissionais presentes no momento do matriciamento, o que exige muito cuidado e muito vínculo, além de um padrão ético ainda maior que a atividade de cuidado clínico em geral na atenção básica.

4.2.5 - Alteração do manejo:

Pudemos identificar 6 subcategorias relativas a mudanças no manejo dos problemas de saúde mental na unidade: a) Síntese e agilização na avaliação multiprofissional, b) Melhora resolutividade, c) Evita internação, d) Fim da lógica de encaminhamentos e manutenção do vínculo, e) Melhora cuidado (orientação, avaliação e ampliação da clínica) e f) Economia em termos financeiros

a) Síntese e agilização na avaliação multiprofissional:

Alguns entrevistados disseram que a consulta matricial sintetiza e agiliza a avaliação por se tratar de uma consulta multidisciplinar:

“Muitas vezes o paciente teria que passar por várias consultas por diversos profissionais até se chegar a um entendimento para o seu benefício. O matriciamento resume todas estas consultas em uma consulta.”E1

“Agiliza porque atende o paciente de forma mais rápida sem passar por vários profissionais”E2

“Agiliza o fluxo porque o paciente não precisa esperar duas consultas para resolver seu problema. A demanda se resolve em apenas uma consulta com o médico geral e com o psiquiatra.”E6

“Agiliza o fluxo porque passa mais rápido pela equipe e já vai diretamente para o psiquiatra numa mesma consulta.”E7

b) Melhora resolutividade:

Foi afirmado por alguns entrevistados que o Apoio Matricial melhora a resolutividade da Atenção Primária:

“Os encaminhamentos para os CAPs e para Atenção Terciária também diminuíram. Agora conseguimos lidar com certas situações na própria unidade.”E3

“Dá ferramentas para equipe para encaminhar o paciente para o CAPs quando é um caso de urgência.”E7

A articulação da Política de Saúde Mental com a Atenção Básica entrou em um novo patamar em 2007, com a articulação da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵⁰. Os NASF, que compartilham as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, deverão estar constituídos de ao menos um profissional de saúde mental e capacitados para abordar também os transtornos mentais graves na Atenção Básica de Saúde⁵⁰. Florianópolis já adota o modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental em consonância com os NASF desde 2007¹¹.

Segundo Bezerra e Dimenstein³³, em estudo sobre Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, os entrevistados consideraram o AM como uma estratégia para melhorar o fluxo resolutivo da rede de saúde, interligando diferentes dispositivos e excluindo a lógica dos encaminhamentos.

c) Evita internação:

Um dos pontos levantados pelos entrevistados foi o fato de o Apoio Matricial diminuir as internações psiquiátricas:

“nós já evitamos várias internações após termos detectado a necessidade de um acompanhamento psicológico e psiquiátrico concomitante ao médico de família”E4

“evitamos vários tratamentos sem nenhuma continuidade ou internações que muitas vezes seriam necessárias.”E5

A década de 1990 viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira⁵¹. Porém não se pode dizer que a prevalência do manicômio como principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada, apesar do financiamento público das ações em saúde mental serem direcionados para a criação de uma rede extra-hospitalar priorizando a remuneração do atendimento alternativo à

internação⁵¹. Portanto podemos perceber através das entrevistas que o Apoio Matricial é exatamente isso, uma rede extra-hospitalar que faz um atendimento alternativo à internação hospitalar. Então, o Apoio Matricial permite o avanço da Reforma Psiquiátrica na primeira década do século XXI porque traz consigo reflexões importantes acerca da necessidade de transformações na prática assistencial e nas relações existentes em tal prática, além de preconizar que a assistência seja feita por uma rede de serviços de cuidado, da qual a Atenção Básica não pode ser excluída²¹.

Segundo Saraiva e Cremonese¹⁰, em 2007 houve uma redução significativa de 22% do total de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no município de Florianópolis que corresponde ao período de reorganização da atenção em saúde mental no município com a adoção do modelo de Apoio Matricial.

d) Fim da lógica de encaminhamentos e manutenção do vínculo:

Alguns entrevistados relataram que o matriciamento auxilia na manutenção do vínculo e acaba com a lógica dos encaminhamentos:

“A equipe no começo tinha uma grande tendência de manter o modelo tradicional de encaminhar o paciente para a consulta somente com o psiquiatra ou somente com a psicóloga e não é essa a lógica do matriciamento. A lógica é que a gente acolha e depois atenda o paciente, veja as suas necessidades e aí sim discutir seu caso de forma multidisciplinar. Outra dificuldade é com os pacientes que muitas vezes acham que tem que ser encaminhados diretamente para o psiquiatra sem passar pela Equipe de Saúde da Família.”E4

“Eu acho que o principal é a proximidade do paciente com a equipe que mantém o vínculo. Antes, no modelo antigo, o paciente ia para o especialista havia uma quebra de vínculo com a Equipe de Saúde da Família. A equipe ficava sem saber o que houve com o paciente ou apenas só voltava na unidade de saúde para remarcar consulta com especialista”E5

“Ainda não está 100% este vínculo porque ainda têm de haver alguns ajustes em relação ao funcionamento tradicionalista da equipe, que ainda tende a ver na antiga maneira de Referência e Contra-Referência.”E3

Em estudo realizado em 2008³⁶, no município de Campinas/SP, demonstra que o Apoio Matricial acaba com a lógica clássica do sistema de Referência e Contra-Referência porque permite o contato direto da referência com especialista, mantendo o vínculo longitudinal e responsabilização de todos os envolvidos com os usuários.

Figueiredo e Campos³⁹, em estudo sobre Saúde Mental na Atenção Básica, concluíram que a lógica da co-responsabilização vem sendo tencionada por parte dos profissionais de saúde com a intenção de sobrepor a lógica dos encaminhamentos.

e) Melhora cuidado (orientação, avaliação e ampliação da clínica):

A melhora do cuidado do usuário através de maior orientação, avaliação e ampliação da clínica foi citada:

“Antes existia muito pouco auxílio ao paciente. Ele vinha em apenas uma consulta com médico de família e a partir daí só tomava a medicação continuamente. Não existia um profissional que orientasse e acompanhasse o paciente.”E11

Tesser e Teixeira, em trabalho sobre SM na Atenção Básica, mostraram que a partir do momento que começou o trabalho de uma Equipe de Referência em Saúde Mental houve maior vínculo, acompanhamento médico e medicamentoso e o contato dos usuários com atividades grupais, terapêuticas e re-socializantes³².

f) Economia em termos financeiros:

O apoio matricial foi também considerado um processo econômico em termos financeiros dentro da saúde Pública:

“Existe a abreviação do tempo, e isso também é uma economia para o município e estado porque nós já evitamos várias internações após termos detectado a necessidade de um acompanhamento psicológico e psiquiátrico concomitante ao médico de família. E isso é algo muito salutar e econômico para a saúde pública.”E4

Esses seis tipos de mudanças no manejo mencionadas parecem apontar enfaticamente e reforçar os achados anteriores sobre os benefícios trazidos pelo matriciamento ao cuidado em SM na equipe. Embora esses dados sejam parciais e de certo modo exploratórios e limitados, já que baseados unicamente nos discursos dos entrevistados, e avaliações mais profundas, tanto quantitativas quanto qualitativas, se façam necessárias para descrever,

analisar e avaliar os vários tipos e modalidades de matriciamento em experimentação no Brasil, nossos achados convergem com os poucos estudos publicados a que tivemos acesso quanto à melhoria induzida pelas práticas de matriciamento em SM na Atenção Básica.

6. CONCLUSÃO

Conseguimos, através da pesquisa qualitativa, conhecer os benefícios diagnósticos e terapêuticos, a visão dos profissionais de saúde e usuários de saúde, alterações de manejo e a ligação entre a Atenção Primária e Secundária.

Para as equipes de saúde há falta de capacitação na área de Saúde Mental e dificuldades iniciais existem ao se introduzir um novo processo de trabalho. Porém, consideraram a consulta de Apoio Matricial como um momento para aprendizado e capacitação da Equipe em Saúde Mental.

Entre os usuários, podemos perceber que a maioria considerou positivamente o matriciamento, sendo que alguns tiveram alguma dificuldade inicial na consulta por ser uma consulta com várias pessoas/profissionais, mas isso não atrapalhou ou impediu seu tratamento.

Analisando as respostas encontradas pode-se inferir que o Apoio Matricial em Saúde Mental:

- Cria interação entre ESF e especialistas em Saúde Mental, permitindo realização de projetos terapêuticos por equipes multiprofissionais e o compartilhamento do acompanhamento dos usuários entre Atenção Primária e Secundária.
- Acaba com a lógica dos encaminhamentos burocráticos e impessoais, da Referência e da contra-referência.
- Melhora o cuidado com o usuário.
- Permite acompanhamento, humanização, acolhimento, vínculo e interação melhores com os usuários.
- Permite capacitação e aprendizado em Saúde Mental *in loco* da ESF.
- Agiliza fluxo de pacientes que necessitam de saúde mental.
- Melhora a resolutividade.
- Evita internação de usuários.
- É um meio econômico.
- Depende da boa relação entre os membros das equipes de saúde.

Através das entrevistas e da vivência na ULS estudada podemos observar o uso de alguns aspectos e algumas características do modelo psicossocial pela ESF e ESM da ULS condizente com o movimento de Reforma Psiquiátrica e com o Movimento da Luta

Antimanicomial. Eis as características do modelo psicossocial encontradas no método de trabalho das Equipes na ULS estudada:

- Tratamento do sujeito através de psicoterapias.
- Pouca ênfase ao medicamentoso.
- Diálogo com o paciente, servindo como ponto de escuta e de fala.
- Trabalho interdisciplinar com horizontalização e descentralização dos poderes.
- Unidade Local de Saúde como dispositivo institucional.

Através da realização deste trabalho podemos perceber que há uma quantidade muito pequena de trabalhos científicos sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental. A grande maioria dos textos sobre o assunto é proveniente do Ministério da Saúde do Brasil. Concluimos, que isto talvez ocorra devido o Apoio Matricial ter sido proposto há apenas 10 anos e sua implantação acontecer em apenas algumas cidades brasileiras.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro de 2005.
3. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990. p 18055-18059.
4. Luchesse R, Oliveira AGB, Conciani ME, Maron SR. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad Saúde Pub. 2009 set; 25(9): 2033-2042.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006 volume 4: Política Nacional de Atenção Básica. Departamento Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2006.
6. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental e Atenção Básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Saúde em debate. 2008 jan/dez; 32(78/79/80): 143-149.
7. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 393 – 403.
8. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pub. 2007 fev; 23(2): 399 - 407.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde: Equipe de Referência e Apoio Matricial. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: 2004.
10. Saraiva SAL, Cremonese E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis – SC. Em: BRASIL.Ministério da Saúde. III Concurso nacional de experiências em saúde da família: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. P.39-50.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica. Ano IX. 19 ed. Brasília, DF; jul-set 2008. P. 34-39.
12. Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretaria Municipal de Saúde [homepage na web] [acesso em 18 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.pmf.gov.br/saude/>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
14. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
15. Duarte J. Entrevista em profundidade. Em: Duarte J, Barros A. Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação. 2 ed. São Paulo/SP: Editora Atlas S.A.; 2006
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa 70/LDA, 1997.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Carta do direito dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Escola de saúde pública do Ceará. Fortaleza; 2002.
19. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidade de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc. 2009; 18(1): 63-74.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília/DF; 2009.
21. Nascimento CC. Apoio Matricial em Saúde Mental: possibilidades e limites no contexto da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Universidade de São Paulo, Curso de enfermagem; 2007.
22. Furtado JP. Equipes de referência: um arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface – Comunic., Saúde, Edu. 2007 mai-ago; 22 (11): 239-255.
23. Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada. 1ª Ed, São Paulo/SP: Hucitec; 2008.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília/DF; 2008.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília/DF; 2009.
26. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – cominic, saúde, educ*, 9(17): 287-301; mar/ago 2005
27. Francolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Ver esc enferm USP*. 2004; 38(2): 143-151
28. Camelo SHH, Angerami ELS, Silvia EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Ver.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(4): 30-37. Ago 2000.
29. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (Des)medicalização Social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, 2009. [acesso em 28/10/09]. Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2478
30. Balint, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
31. Balint E, Norell JS. (ed.) Seis minutos para o paciente: estudos sobre as interações na consulta de clínica geral. (Trad. Urias Correa Arntes) São Paulo: Editora Manole, 1976.
32. Tesser CD, Teixeira BC. Saúde Mental na Atenção Primária Brasileira: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Ver Saúde em Deb*. 2009 (no prelo).
33. Bezerra E, Dimenstein M. O CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psico Ciên e Prof*. 2008; 28(3): 632-645.
34. CECÍLIO, Luís Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de saúde pública*, (13):3, julho/setembro, 1997, p.469-478.
35. Gomes VG. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP [trabalho de conclusão de curso]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano IX.17 ed. Brasília, DF; jan-mar 2008. P. 56-69.
37. Governo do Estado de São Paulo [homepage na internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde [atualizada em 2009; acesso em 25 de out de 2009]. Disponível em:
http://www.crh.saude.sp.gov.br/content/clinica_ampliada.mmp

38. Gelasso MT. Matriciamento em saúde mental na rede básica da rede SUS/Campinas: a experiência do centro de saúde DIC III. XVI CoMAU 2007: Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP.
39. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na Atenção Básica à saúde em Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciênc & Saúde Col.* 2009; 14(1): 129-138.
40. Büchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na Atenção Básica. *Cogitare Enferm.* 2006 set/dez; 11(3): 226-233.
41. Galvão V, Dimenstein M, Bezerra E, Severo AK, Brito M, Soares AL. Tecendo redes da integralidade: a experiência do Apoio Matricial em Natal. Em: XIV encontro nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social; 2008 out 31 – Nov 3; Rio de Janeiro/RJ.
42. Peduzzi M, ET al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 22 jun 2009]; Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo127.pdf>
43. Ceccim RB.. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4):975-986.
44. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
45. BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 abr. 2001.
46. Lopes JMC. Abordagem Centrada na Pessoa. Em: PROMEF – Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade. Ciclo 2. Módulo 1. 1ª Ed. Porto Alegre/RS: Artmed Panamericana Editora LTDA; 2006.
47. Costa-Rosa, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P (org.). *Ensaio - Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Coleção Loucura e Civilização)
48. TESSER, C.D. *Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde*. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.-61-76, jan/jun 2006.
49. TESSER, C.D. *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* V.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

50. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2007 – Coordenação de Saúde Mental/MS (versão preliminar). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2008, 41 p.
51. Tenório F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist, Ciên, Saúde. V9(1), 25-59, 2002 jan-abr.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .

APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Nós, Paulo Henrique Hobold Dalazen (pesquisador principal) e Charles Dalcanale Tesser (pesquisador responsável), realizamos o estudo “O modelo de apoio matricial em saúde mental: uma visão em uma Unidade Local de Saúde de Florianópolis-SC”. Este estudo é importante porque pretende investigar os benefícios do matriciamento (nova forma de consulta) para a condução diagnóstica e terapêutica dos usuários e como conduta de ligação entre o centro de saúde (atenção primária) com os profissionais de saúde mental (atenção secundária).

Como procedimento de pesquisa, para aqueles que aceitarem participar, serão realizadas entrevistas com os pacientes matriciados em saúde mental e análise de seus prontuários e entrevistas com os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde.

Não há nenhum interesse financeiro neste estudo. Serão convidados para entrevista apenas pacientes fora das crises e maiores de idade. Não haverá nenhum risco ou custo para os participantes que poderão, a qualquer momento, negar-se a continuar sua participação no mesmo. Serão garantidos sigilo e privacidade das informações contidas nas entrevistas gravadas e nos prontuários.

Qualquer dúvida que advir será respondida, pelo pesquisador principal, através dos telefones (48) 32411981 (48) 91193926.

Eu, _____, usuário da ULS, portador do RG, _____, concordo, após ler e entender o exposto, em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Data da obtenção do consentimento: ____/____/____

APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevistas

Para as Equipes de Saúde:

1. Qual a sua opinião sobre o matriciamento?
2. Como está acontecendo o matriciamento na prática na ULS?
3. Quais os problemas e dificuldades que você encontrou no matriciamento?
4. O que os profissionais de saúde aprendem com o matriciamento?
5. Quais as principais mudanças – comparação entre “antes” e “agora”?
6. O que mudou na atividade do profissional com o Matriciamento?

Para os usuários:

1. Qual a sua opinião sobre esta consulta/atendimento em saúde mental?
2. Como é a consulta?
3. Quais as principais mudanças que você notou com relação à antes e após esta nova forma de consulta?
4. O que você acha que mudou na atividade dos profissionais de saúde com o matriciamento?
5. Quais problemas você encontrou com esta nova forma de consulta?

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____